

Familienzentrum Kindertageseinrichtung Tausendfüßler Steinstr.13, 58300 Wetter Tel. 846716 Trägerverein Soziale Einrichtungen Wetter(Ruhr) e.V.

Name und Anschrift des Kindes

Vorname: _____ Straße: _____

Nachname: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____

Geburtsort: _____ Konfession: _____

Angaben zum Kind Herkunftsland: _____

Geburtsdatum: ____/____/____/ Nationalität: _____

Geschlecht: männlich weiblich Besondere Hinweise zur Gesundheit des Kindes:
_____ (Frühgeburt; Allergien o.ä.)

vorrangige Familiensprache: _____ Anzahl der Geschwister: _____

zweite Familiensprache: _____ Bruder/ u. o. Schwester in der Kita TF ja / nein

Gruppe: _____ Kinderarzt: _____ Krankenkasse: _____

Betreuungswunsch: ____ **35** Stunden Mo-Fr. 7.00-14.15Uhr ____ **45** Stunden Mo-Fr.7.00-16.30Uhr

Zusätzliche Betreuungszeit: von _____ bis _____

Gewünschtes Aufnahmedatum: ____ / ____ (Monat/Jahr)

Angaben zur Familie –Sorgeberechtigten

Vorname, Name **1.Erziehungsberechtigter:** _____, _____

geboren am: ____/____/____/ Straße, Hausnummer _____, _____

Festnetznummer _____ Handynummer _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____ Berufstätigkeit: ja nein

Konfession: _____ Beruf: _____ Nationalität: _____

Vorname, Name **2.Erziehungsberechtigter:** _____ Geboren am: ____/____/____/

Straße, Hausnummer _____ Telefon _____

PLZ: _____ Ort: _____ Handy _____

Email: _____ Berufstätigkeit: ja nein

Konfession: _____ Beruf: _____ Nationalität: _____

Familienstand der Eltern: _____

Alleinerziehend: ja O Ich/wir erklären uns damit einverstanden, dass die Daten unseres/meines Kindes (Name, Geburtsdatum und Wohnort) zu Planungszwecken dem örtlichen Jugendamt zur Verfügung gestellt werden. **Datum, Ort und Unterschrift** der/ des Erziehungsberechtigten
